

Care Arbeit - weiblich, prekär und schlecht bezahlt

Anne Moll, Gruppe ArbeiterInnenmacht, Fight! Revolutionäre Frauenzeitung No. 6

Rund 6,5 Millionen Menschen sind im bezahlten Caresektor beschäftigt. Darunter fallen alle Tätigkeiten, die direkt zum Erhalt des menschlichen Lebens dienen: Versorgung der Alten, alle Sorge- und Erziehungsaufgaben, Pflege sowie Haushaltstätigkeiten (Kochen, Waschen, Backen, Putzen, Spülen, Kindererziehung...). So wird Care-Arbeit gegen Lohn in Schulen, Kindergärten, Heimen, Krankenhäusern, Vereinen, ambulanten Diensten verrichtet. Darüber hinaus erfolgt ein größerer Teil der Care-Arbeit unbezahlt im Haushalt zur Reproduktion des unmittelbaren Lebens der RentnerInnen sowie gegenwärtiger und zukünftiger Arbeitskräfte.

Entwicklung bezahlter Care-Arbeit

Schulen, Kindergärten und Krankenhäuser sind heute für den Großteil der Bevölkerung Normalität. Doch diese Einrichtungen gab es nicht immer. Sie sind teilweise Errungenschaften der ArbeiterInnenbewegung. Schon bald nach Beginn der industriellen Revolution zeigte sich, dass das Fehlen jeglicher Arbeitsschutzbestimmungen (z. B. Verbot von Kinderarbeit und bestimmter Tätigkeiten für Schwangere, Arbeitssicherheitsmaßnahmen) auch die Reproduktion der ArbeiterInnenklasse selbst gefährdete und so der Expansion des Kapitals eine Schranke zu setzen drohte, weil sich die ArbeiterInnen wortwörtlich zu Tode arbeiteten.

Ohne Menschen, die ihre Arbeitskraft verkaufen können, kommt der Kapitalismus nicht aus. Selbst diese für das Gesamtsystem notwendige Beschränkung der Ausbeutung musste den KapitalistInnen oft in zähen Kämpfen abgerungen werden. Aus ähnlichen Gründen wurde auch die allgemeine Schulpflicht eingeführt, um ein Mindestniveau an Qualifikation der Arbeitskraft und die Grundlage für eine weiterführende Ausbildung zu schaffen.

Für den einzelnen Kapitalisten erscheinen diese Kosten - sei es für Bildung, für Gesundheitsvorsorge, Pflege usw. - nur als Abzug vom Gewinn. Deswegen übernimmt oftmals der Staat diese Aufgabe, wobei die KapitalistInnen natürlich darauf drängen, dass diese Kosten vor allem die Lohnabhängigen über Steuern usw. zu tragen haben.

Errungenschaften der ArbeiterInnenbewegung wie die Einführung von Renten-, Unfall- und Kranken-, später Arbeitslosenversicherung, ermöglichten den Ausbau von Krankenhäusern. Damit einhergehend wurden die vorher von Ordensschwestern verrichteten Pflegearbeiten nun zur Domäne von Lohnarbeiterinnen.

Während Frauen der Zugang zu „Männerberufen“ als ArbeiterInnen wie auch als AkademikerInnen lange und hartnäckig verwehrt wurde, erschien die bezahlte Arbeit im Gesundheitswesen oder als Bedienstete in bürgerlichen oder kleinbürgerlichen Haushalten als „natürliche“ Sphäre weiblicher Beschäftigung. Sie entsprach einer geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung, reaktionären, bürgerlichen Rollenbildern, reproduzierte und festigte sie zugleich.

Sie galten außerdem von Beginn als Tätigkeiten von Frauen, die entweder mit der Heirat enden würden oder die dann als „Nebenerwerb“ zum eigentlichen Familieneinkommen beitragen, das im Wesentlichen vom Mann bestritten würde. Das ist auch ein wesentlicher Faktor, warum diese Arbeiten historisch schlechter entlohnt wurden. Darüber hinaus war die berufliche Hierarchie auch von Beginn an geschlechtsspezifisch geprägt (Ärzte und Krankenschwestern).

Strukturen des Care-Sektors

Von den rund 6,5 Millionen lohnabhängig Beschäftigten waren 2013 340.000 staatlich anerkannte ErzieherInnen in Kindergärten oder Heimen etc. angestellt, davon über 327.000 Frauen. 2016/17 arbeiteten 760.000 LehrerInnen, der Großteil von ihnen an Grundschulen und Gymnasien.

Das Gesundheitswesen ist mit Abstand der größte Bereich und beschäftigte 2016 5,5 Millionen, 75,8 % davon waren Frauen. In Krankenhäusern schufteten über 1,2 Millionen, davon 180.000 ärztliches, 1,04 Millionen nichtärztliches Personal sowie 83.000 Auszubildende. Darunter fielen 880.000 Vollzeitkräfte (ÄrztInnen: 158.000, andere: 722.000). Die Altenpflege umfasste Ende 2015 611.000 Arbeitskräfte. Rund ein Siebtel der Auszubildenden im Gesundheits- und Sozialwesen besitzt einen ausländischen Pass.

Diese schon beeindruckend hohen Zahlen muss man jedoch in Relation zur unbezahlten Arbeit setzen. Laut Bundesamt für Statistik betrug das Gesamtvolumen an Reproduktionsarbeiten in der BRD 2001 96 Mrd. Stunden gegenüber 56 Mrd. für Erwerbsarbeit, wobei erstere weit überproportional von Frauen verrichtet werden. Untersuchungen zum individuellen Zeitverbrauch in den 30 reichsten Wirtschaftsländern ergaben für Deutschland für den Durchschnitt aller Erwerbsfähigen: 16 Wochenstunden für Erwerbsarbeit gegenüber 45 in Haus- und Familienarbeit und 24 für Freizeit.

In der Schweiz sollen 4/5 der gesamten Tätigkeiten von Frauen auf Care-Ökonomie entfallen, 2/5 bei Männern. Etwa 1/10 der Erwerbsarbeitsstellen für Männer gehören dazu (Frauen: 1/3). Das unbezahlte Volumen ist siebenmal größer als das bezahlte. (Gisela Notz: Zum Begriff der Arbeit aus feministischer Perspektive, Emanzipation, Jg. 1, Nr. 1, 2011)

Niedriglohn, Prekarität, Schattenarbeit: typisches Schicksal von Care-Frauen

Von institutionell organisierter Erziehungs-, Pflege- und Betreuungsarbeit bis hin zu sklavenähnlichen Abhängigkeiten finden wir alle Arbeitsverhältnisse in der Care-Arbeit.

Zwei Merkmale sind dabei bedeutend: Je schlimmer die Arbeitsbedingungen, je schlechter die Bezahlung, desto weniger männliche Arbeit„nehmer“ finden sich hier. Von diesem Care- Arbeitsmarkt ist selten die Rede, noch weniger von ganz überwiegend unsichtbaren Arbeitsverhältnissen im Privathaushalt und in der Schattenwirtschaft „illegaler“ MigrantInnen.

Selten werden diese Merkmale im Zusammenhang mit der Frauenunterdrückung in der Gesellschaft und auf dem Arbeitsmarkt genannt. Ohne diese „Unsichtbarkeit“ solcher prekären Arbeitsverhältnisse würde in jedem kapitalistischen Land deutlich, dass die Ausbeutung wieder Formen angenommen hat, die denen zu Beginn der Industrialisierung sehr ähnlich sind. Kinder und Alte wären oft sich selbst überlassen, weil die Arbeitswelt sich in den letzten Jahrzehnten immer weiter flexibilisiert und prekariert hat. Die Beschäftigten müssen jede Arbeitszeit und unbezahlte Mehrarbeit annehmen, da durch das Hartz-IV-System eine Verweigerung nicht mehr möglich ist. So sind viele Familien gezwungen, Pflege- und Betreuungsarbeit möglichst billig anderen zu überlassen.

Rassistisches Lohndumping

Also gibt es in der Care-Arbeit noch prekärere Beschäftigungsverhältnisse. Von der im Privathaushalt arbeitenden Pflegekraft mit Arbeitsvertrag bis hin zu „illegal“ Beschäftigten, die im schlimmsten Fall bei der Familie wohnen und 24 Stunden einsatzbereit sind. So kommt z. B. eine Frau aus Polen hierher, um in der Altenpflege zu arbeiten, und verdient nach ihren Maßstäben genug Geld, um ihre Familie in Polen durchzubringen. Dafür lässt sie ihre eigenen Familienangehörigen allein. Ihre Kinder werden mit Großeltern oder anderen Angehörigen notdürftig versorgt. Trotzdem ist es aus ihrer Sicht eine Verbesserung und sie hält einiges aus, um ihren Job nicht zu gefährden. Dies wirkt auch auf den sozialversicherten Teil im Care-Sektor als Lohndumping zurück

Auf diese Art wirkt der Druck des imperialistischen Weltmarktes auf die Lebens- und Arbeitsbedingungen in den halb-kolonialen Ländern in Form von Arbeitslosigkeit und niedrigem Lebensstandard. Was der Arbeitsmarkt nicht absorbieren kann, fungiert in den führenden kapitalistischen Ländern als Reservearmee, die diesen keine Ausbildungskosten verursacht. Aufgrund ihrer Entrechtung und rassistischen Unterdrückung kann sie bei einem Sinken der Nachfrage nach Arbeitskraft leichter „entsorgt“, also abgeschoben oder zur „freiwilligen“ Rückreise gezwungen werden.

Unterschiede und Zusammenhänge im Care-Bereich

Die Pflege von kranken und alten Menschen ist einerseits in öffentlichen/kommunalen Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen organisiert. Dort gibt es Tarifverträge und Betriebsräte die sich um die Umsetzung kümmern. So haben die Beschäftigten relative gute Arbeitsbedingungen im Vergleich zu denen Beschäftigten in privatisierten Einrichtungen und v. a. in privaten Haushalten.

Da heute in allen Krankenhäusern Profite erzielt werden müssen, sind die Arbeitsbedingungen extrem belastend und der Stress steigt ständig. Der überwiegende Teil der Beschäftigten hält den Leistungsdruck weniger als 10 Jahre aus. Dann sind sie gezwungen, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, werden krank oder suchen sich eine andere Lohnarbeit. Viele Auszubildende sind am Ende ihrer Ausbildung nicht bereit, den Job der Krankenpflege weiter auszuüben.

Von der Kostendämpfung zur Krankenhausprivatisierung...

Der Druck, die Carearbeit profitabel zu machen, setzte sich auch im Bereich durch, der die besten Arbeitsbedingungen der gesamten Branche bot: den Krankenhäusern. Der Einstieg in ihre Verschlechterung und schließlich das Auslösen einer massiven Privatisierungswelle erfolgte über die Finanzierungs- und Sozialsysteme. Ab den 1970er Jahren setzte die Dauerwirtschaftskrise Staatsfinanzen und Sozialversicherungen unter Druck.

Sinkende Reallöhne führten dazu, dass die Gesundheitsausgaben den Einnahmen der Sozialversicherungen enteilt wurden. Die paritätische Finanzierung wurde zugunsten der „Arbeitgeber“ verändert, ihr Beitrag eingefroren auf 7,3 %. Seitdem zahlen die Versicherten alle Mehrkosten (Krankenkassenzusatzbeiträge) und Zuzahlungen bei sehr vielen Behandlungskosten und Medikamenten. Erhöhungen der Krankenkassenbeiträge wären schließlich auch auf Kosten der sog. Arbeitgeberlohnanteile gegangen. Kostendämpfung bei den Gesundheitsleistungen war angesagt. Die Abrechnung der Krankenhausbehandlung wurde umgestellt. Vor 2004 wurde abgerechnet pro belegtes Bett pro Nacht. Die sogenannte Fallpauschale (DRG: Diagnosis Related Groups = diagnosebezogene Fallgruppen) legt für jedes Krankheitsbild eine durchschnittliche Bezahlung für die Behandlung fest. Reicht dieser Festbetrag für die jeweilige Krankheit nicht, macht die Klinik ein Defizit oder muss einen enormen Bürokratieaufwand leisten, um zu erklären, warum er nicht zur Heilung gereicht hat. Durch die Einführung der DRGs 2004 so wird jedes freie Bett zum Risikofaktor der Krankenhäuser. Es kam zu einem enormen Bettenabbau, der immer wieder zu Schlagzeilen in der Presse führt, dass Notfälle nicht aufgenommen werden können und Krankenwagen so lange gesucht haben, bis der Patient verstorben war.

Im alten Finanzierungssystem gab es keinen Anreiz für volle Belegung, da ja keine Gewinne gemacht werden durften und die laufenden tatsächlichen Behandlungskosten auf jeden Fall von den Kassen finanziert wurden. Heute kommt es durch DRG-

Abrechnung, Gewinnabschöpfung und Konkurrenz in vielen Bereichen zu 110-120 % Belegung (PatientInnen auf dem Flur oder in Badezimmern etc.). Nicht dass es schon kompliziert genug ist, gibt es auch noch die duale Krankenhausfinanzierung: Das bedeutet, die Krankenkassen zahlen für die laufenden Kosten, die Länder und Kommunen für die Investitionen z. B. in Gebäude und Ausstattung. Diese haben die Länder seit 1991 immer weiter gesenkt, so dass wir heute einen Investitionsstau von 6-6,5 Milliarden Euro jährlich haben. Die Kliniken investieren zur Zeit viel selbst durch Einsparungen an Personal und Aufnahme von Krediten, um konkurrenzfähig zu bleiben. Die Umstellung auf DRGs hat viele Kommunen ihre Kliniken an private Träger verkaufen lassen, wenn sie mit den Fallpauschalen nicht auskamen und zusätzlich noch aus laufenden Einnahmen dringend notwendige Investitionen tätigen mussten. Die privatisierten Betreiber schlossen übrigens Verträge mit den Ländern/Kommunen, um auch diese aus Steuergeldern finanziert zu bekommen, oft mehr als zuvor, als sie noch staatlich waren!

So hat der Gesetzgeber die Tür für private Unternehmen indirekt durch Einführung der Fallpauschalen geöffnet. Seit 1991 ist die Zahl privater Kliniken um 70 % gestiegen, über 320 % mehr privatisierte Betten sind seitdem entstanden. Die größten Krankenhauskonzerne sind Medclin, Rhön-Klinikum AG, Sana Kliniken AG, Asklepios und Helios. Weitere wichtige Akteure in diesem Spiel sind die Pharmaindustrie und Gerätetechnik. Oftmals unbeachtet, dirigierten sie vor 2004 die Ausrichtung der Medizin ganz in ihre Richtung, um ordentlich Geld abzuzocken. So verschaffen sich einige wie der Pharma- und Dialysekonzern Fresenius SE & Co. KGaA als Betreiber zahlreicher Kliniken weiteren Marktzugang.

...und ihre Folgen für die Beschäftigten

Ob in kommunalen, privaten, kirchlichen oder anderen frei-gemeinnützigen Einrichtungen: Die Privatisierungen und Profitorientierung gingen einher mit Personalabbau und daraus folgender Arbeitsverdichtung und Überstunden. Daneben hatte der Ausstieg mancher Krankenhausträger aus dem relativ flächendeckenden Tarifvertrag (TvÖD) Lohnsenkungen zu Folge, denn der durch die DRGs geschaffene Markt übte seine bekannten Rationalisierungszwänge aus. Von 1995 bis 2006 wurden 87.000 Stellen im Krankenhaus abgebaut, davon 40.000 Pflegekräfte.

Dies ging auch einher mit Schließungen von ganzen Krankenhäusern. Gleichzeitig stieg allerdings die Bettenbelegung um 30 %. Im Jahr 2013 hat ver.di in 200 Krankenhäusern eine Befragung durchgeführt und dadurch errechnet, dass bundesweit 162.000 Stellen in den Krankenhäusern fehlen, um eine gute Krankenhausversorgung zu gewährleisten, davon 70.000 Stellen in der Pflege. Zur Zeit arbeiten in Deutschland in 2000 Krankenhäusern 410.000 Pflegekräfte. Sie müssen deutlich mehr PatientInnen versorgen als in anderen Ländern (Japan: 53,1; OECD-Durchschnitt: 31,9; BRD: 19,0 Pflegekräfte auf 1000 Behandlungsfälle). Dies führt erwiesenermaßen zu einer höheren Todesrate bei den Patienten neben erhöhter Belastung für Pflegekräfte (Burnout, Rückenleiden etc.; Berufsabbruch, s. o.).

Aber der Widerstand gegen schlechte Löhne und noch schlechtere Arbeitsbedingungen nimmt zu. Sowohl die Krankenpflege als auch die Altenpflege versucht, mit Aktionen Druck auf die EntscheidungsträgerInnen auszuüben.

Widerstand

Durch die oben genannten Probleme ist die Situation der Pflegekräfte miserabel und die PatientInnen sind in Gefahr. 2015 gab es einen wichtigen Anstoß der Beschäftigten in der Berliner Charité für mehr Personal im Krankenhaus. Ver.di möchte diesen Tarifvertrag an allen Kliniken durchsetzen und rief im Juli 2017 bundesweit zu Tarifverhandlungen für einen TV Entlastung auf (Artikel dazu in dieser Zeitung). In vielen Städten haben sich daraufhin Bündnisse für mehr Personal im Krankenhaus gebildet: Hamburg, Bremen, Berlin, Freiburg, Tübingen, Stuttgart, Saarland, Düsseldorf, Helios Amper-Kliniken in Dachau und Indersdorf, SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach, Trier.

Und mit ca. 80 % weiblichen Beschäftigten in der Krankenhauspflege (in Altenheimen eher noch mehr) ist dies auch ein wichtiger Kampf für die Gleichstellung von Frauen im Beruf, kann eine Signalwirkung haben für alle „typischen“ weiblichen Arbeitsverhältnisse und deren nächste Arbeitskämpfe.

Trotz Tarifvertrags und offiziell gleicher Bezahlung in der Pflege gibt es deutliche geschlechtliche Unterschiede: männliche Pflegekräfte erhalten oft schneller eine Weiterbildung und arbeiten in Bereichen, die besser bezahlt sind: Intensivstationen, Anästhesiepflege oder haben Leitungsfunktion. Zudem werden sie durch individuelle Lohnabsprachen oft besser bezahlt als ihre Kolleginnen.

Die Gewerkschaft ver.di stellt in ihrem Aufruf zu Verhandlungen für einen Tarifvertrag Entlastung bundesweit drei Forderungen auf: mehr Personal, verlässliche Arbeitszeiten und Belastungsausgleich. Die Beschäftigten an einigen Orten, an denen sich Bündnisse gegründet haben und eigene Flugblätter geschrieben wurden, hatten deutlich oft Konkreteres und mehr verlangt.

So forderten die KollegInnen in Bremen 1600 zusätzliche Pflegekräfte sofort, Einarbeitungszeit für neue KollegInnen von mind. 6 Monaten, garantierte Fortbildung, Dienstplansicherheit (kein Holen aus dem Frei) oder Frühverrentungsmöglichkeit ohne Abschläge wie bei Polizei und Feuerwehr! Außerdem wurde der Wegfall der Fallpauschalen, das Ende der Privatisierung der Krankenhäuser und die Rekommunalisierung privatisierter und ausgegliederter Bereiche verlangt.

Zur Zeit gibt es aber eine deutliche Zurückhaltung der Gewerkschaft, die Kämpfe ernsthaft bis zum Streik zu führen. Dort, wo im Jahr 2017 Demonstrationen und Streiks stattfanden, beteiligen sich Beschäftigte aktiver als in Städten wie Hamburg und Bremen, die denken, es wäre noch zu früh, Streik auf die Agenda zu setzen! Deshalb treten wir für Belegschaftsversammlungen in allen Kliniken ein. Dort sollen nicht nur

Unterschriften gesammelt, sondern auch Komitees zur Vorbereitung von Aktionen und Streiks gewählt werden, die der Basis rechenschaftspflichtig und von dieser abwählbar sind. So könnte die Grundlage für einen bundesweiten Streik im Pflegebereich gelegt werden. Dieser Kampf sollte mit dem für die Rückholung aller ausgelagerten Betriebsteile, für ein Verbot von Leiharbeit und Niedriglohnbereichen verbunden werden: Ein Betrieb - eine Belegschaft - ein Tarif!

Die Kontrolle der Umsetzung muss bei Komitees der Beschäftigten und Gewerkschaften liegen.

Für eine wirkliche Care Revolution!

Was bei ver.di und auch den Belegschaften oft fehlt, ist die Forderung nach Offenlegung aller Einnahmen und Ausgaben. Gesundheit ist eine Klassenfrage und betrifft alle Lohnabhängigen. Ein Gesundheitssystem muss nach ihren Bedürfnissen als PatientInnen und dortige Beschäftigte ausgerichtet werden.

Daher treten wir für ein Programm zum Ausbau des Gesundheitswesens wie aller anderen Felder der Care-Arbeit unter Kontrolle der Beschäftigten, der Gewerkschaften, von VertreterInnen der lohnabhängigen Bevölkerung ein. Ein solches Programm müsste durch die Besteuerung der Reichen, von Gewinnen und Vermögen finanziert werden.

So könnte zugleich auch weitere Abwälzung von Care-Tätigkeiten auf die private Hausarbeit und damit vor allem auf die Frauen bekämpft werden. Ein Ausbau von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Kitas, Betreuungseinrichtungen und Freiangeboten für Kinder und Jugendliche wäre ein Schritt zur Umkehr des Trends der letzten Jahre und Jahrzehnte.

Diese Forderungen können ein Schritt sein zur Sozialisierung der gesamten Care- und Reproduktionsarbeit einschließlich der bezahlten wie unbezahlten in Privathaushalten. Das kann auch die prekär Beschäftigten auf unterster Stufenleiter unabhängig von ihrer Staatszugehörigkeit, ferner alle Azubis mitnehmen und die Tür aufmachen zu einem vernünftigen Gesellschaftssystem, die den arbeitenden Menschen und seine Bedürfnisse in den Mittelpunkt der Produktionszwecke stellt. Menschen statt Profite heißt: Sozialismus statt Kapitalismus!